

平成20年度 知的障がい者を対象とした本巢市職員採用試験 受験申込書

職種区分 単純労務職	受験番号 (記入しないでください)	ふりがな 氏名
---------------	----------------------	------------

生年月日 ・ 年齢 ・ 性別

昭和 平成 年 月 日生 平成21年4月1日現在 満 歳 男 ・ 女

ふりがな 千 ()

住 所 ()

試験結果の通知先となりますので、確実に連絡が取れる住所・電話番号を記入してください。

学校名(最終学歴のみを記入してください。学校所在地は、市町村名のみ記入してください。)

学校名	所在地	期間	で囲んでください
		年 月から 年 月まで	卒業 ・ 卒業見込み

職歴等

勤務先名等	所在地	在職期間	職務内容
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	

資格 ・ 免許(取得見込みについても記入してください。)

名 称	取得(見込み)年月日
	年 月 日

療育手帳	交 付	交付年月日
	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 第 号	年 月 日

宣誓欄(必ず、申込者本人の自筆で署名してください。)

私は、試験要綱に掲げてある受験資格をすべて満たしており、また、上記すべての事項に相違ありません。

平成 年 月 日 氏名